Fiche administrative de l'enfant

Dossier n° : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le : __ / ___ / _____

Nombre de frère (s) ___ de sœur (s) ___ Place dans la fratrie __

Adresse familiale *(si parents ensemble):*	**Adresses** *(si parents séparés):*
Tél mobile maman : _____ *Tél mobile papa :* _____	*Maman :* *Papa :* *Tél mobile maman :* _____ *Tél mobile papa :* _____ Rythme de vie chez l'un et l'autre :

☐ Sécurité Sociale et Mutuelle ☐ CMU Inscrit(e) sur la carte vitale de ☐ maman ☐ papa ☐ les 2

Motif de consultation

☐ dyslexie ☐ dysorthographie ☐ dyspraxie ☐ dysgraphie ☐ dyscalculie ☐ trouble attentionnel *(Vous pouvez cocher plusieurs cases)*

☐ autre(s) _____

Le diagnostic est : ☐ suspecté ☐ en cours de bilan ☐ certain, posé par _____

Le parcours scolaire de votre enfant

Les difficultés ont été repérées en classe de : _____. ☐ Il a doublé la classe de _____ .

Il a appris à lire avec une méthode ☐ globale ☐ syllabique ☐ mixte ☐ ne sait pas.

Il est actuellement ☐ scolarisé(e) en classe de : _____ ☐ déscolarisé ☐ scolarisé en école hors contrat.

Il bénéficie d'une aide à l'école :

☐ Plan d'Accompagnement Personnalisé, qui vous paraît être appliqué ☐ jamais ☐ parfois ☐ au mieux

☐ Aide de Vie Scolaire ☐ individuelle __ heures/semaine ☐ mutualisée __ heures/semaine

L'état psychologique de votre enfant

Evaluez sur une échelle de 1 à 10 :

- son degré de souffrance: __/10,
- son niveau de conflit :
    - avec ses parents: __/10, avec ses frères et sœurs : __/10, avec son (ses) enseignant(s): __/10, ses camarades de classe: __/10, autre(s) : _____
- ce qui lui reste du plaisir et de la curiosité d'apprendre des choses nouvelles: __ /10

Evaluez l'image qu'il a de lui-même sur une échelle de -10(très dégradée) à + 10 (très optimiste) à : ____

Il y a un domaine qu'il adore : _____ qu'il déteste : _____

Vos informations sur le traitement proprioceptif

Comment avez-vous connu le traitement proprioceptif ? _____

_____

Qui vous a conseillé de prendre rendez-vous chez nous particulièrement ? _____

Vous avez :

☐ Pris conscience, après la lecture attentive des pages du site, que le traitement proprioceptif est familial, c'est-à-dire que, *si le trouble proprioceptif est confirmé par l'examen clinique*, votre enfant pourra bénéficier d'un traitement adapté à son cas, mais que vous devrez l'aider journellement avec rigueur et ténacité ?

- motivation de la maman pour aider l'enfant dans son traitement sur une échelle de 1 à 10 : __/10,
- motivation du papa pour aider l'enfant dans son traitement sur une échelle de 1 à 10 : __/10 ?

☐ Expliqué le traitement à l'enfant :

- il est ☐ très motivé ☐ peu motivé ☐ non motivé
- si le traitement le nécessite, il est d'accord pour
  - ☐ porter des lunettes avec une monture métallique galbée *(voir les photos dans « documents destiné aux opticiens » dans la « section pro » du site.),*
  - ☐ mettre en permanence des semelles fines dans ses chaussures et ses chaussons,
  - ☐ pratiquer chaque soir 5 à 10 minutes d'exercices respiratoires pour améliorer sa qualité de sommeil,
  - ☐ utiliser une posture ergonomique, comprenant l'utilisation d'un pupitre (modèles adaptés selon le niveau de classe), lors de la lecture.

☐ Expliqué à votre enfant le document concernant la pose éventuelle d'ALPH *(lien dans l'onglet « traitement »).*

Quelle a été la réaction de votre enfant vis-à-vis du traitement ?

Bilans pratiqués : (donner seulement la conclusion en 3 ou 4 lignes)

Orthophonique, neuropsychologique *(Y compris QI si chiffres disponibles)*

Autres

Traitements passés et en cours

Ophtalmologie :

☐ pas de suivi particulier ☐ amblyopie rééduquée ☐ strabisme non opéré ☐ strabisme opéré

☐ Porte des lunettes (*joindre une copie de la dernière prescription)*

Rééducation orthoptique ☐ en cours ☐ passée

Podologie ☐ semelles de type proprioceptif ☐ semelles orthopédiques

Orthodontie ☐ appareil enlevé ☐ appareil en cours de type ☐ écarteur de palais ☐ multibague ☐ gouttière

Orthophonie : ☐ passée ☐ actuel : à raison de __ séances par mois par Mme, Mr _____

Psychologie : ☐ passée ☐ actuel : à raison de __ séances par mois par Mme, Mr _____

Ergothérapie : ☐ passée ☐ actuel : à raison de __ séances par mois par Mme, Mr _____

Psychomotricité : ☐ passée ☐ actuel : à raison de __ séances par mois par Mme, Mr _____

Autre(s) : _____

Points particuliers qui vous semblent importants :

Document confidentiel protégé par le secret médical

Devant chacun des symptômes, indiquez le chiffre correspondant à la fréquence :

Inscrire un score en face de chaque question : ***1*** **= Jamais,** ***2*** **= Occasionnellement (1 ou 2 fois/mois),** ***3*** **= Parfois (1 à 2 fois/semaine),** ***4*** **= Souvent (3 à 5 fois par semaine),** ***5*** **= Tous les jours.**	
15 Questions auxquelles doivent répondre les PARENTS	**SCORE**
L'enfant sursaute ou bouge des parties du corps quand il s'endort.	
L'enfant a des scènes agitées de rêve éveillé lors de l'endormissement.	
L'enfant bouge beaucoup les jambes quand il dort ou change souvent de position pendant la nuit ou donne un coup de pied aux couvertures du lit.	
Vous avez observé que votre enfant est somnambule	
Votre enfant a des cauchemars (terreurs) dont il ne se souvient pas le lendemain matin	
Il a de grosses difficultés à se réveiller le matin	
L'enfant se sent incapable de se déplacer, se sent très fatigué, en se réveillant le matin	
L'enfant est somnolent dans la journée (s'endort facilement en voiture, calme, ...)	
L'enfant salive beaucoup la nuit ou il existe des traces de bave sur l'oreiller le matin	
L'enfant se plaint d'avoir mal à la tête le matin	
L'enfant respire la bouche ouverte en dormant	
L'enfant fait encore pipi ou se lève souvent la nuit pour aller aux toilettes	
L'enfant a du mal à se souvenir des leçons apprises la veille au soir (alors qu'il les savait le soir)	
L'enfant a tendance à être un peu endormi par moment à l'école	
L'enfant a une position anormale de la tête en dormant (tête basculée en arrière et en extension)	
19 Questions auxquelles doit répondre l'ENFANT	
Dimension musculaire	
Te sens-tu fatigué même si tu n'as pas fait d'effort physique ou intellectuel ?	
C'est difficile pour toi de rester sans rien faire ?	
Tu as mal à la tête le soir en sortant de l'école ?	
Tu as des douleurs qui se répètent dans le bas ou le haut du dos ?	
Cela t'arrive d'avoir mal aux jambes ?	
C'est difficile pour toi de fixer un texte (ou une personne) de près ?	
Il t'arrive de voir double de près à la fatigue, après avoir lu un texte ?	
Tu es vite essoufflé quand tu fais un effort (par exemple dès que tu cours) ?	
Tu vois flou de près, après avoir lu quelques lignes (avec tes lunettes, si tu en as) ?	
Dimension spatiale	
C'est difficile pour toi de marcher sur quelque chose d'étroit (une poutre par exemple) ?	
C'est difficile pour toi d'attraper un objet du premier coup- une balle par exemple ?	
Tu tombes facilement, tu te tords facilement les chevilles ?	
Tu te mords facilement la langue ou les joues en mangeant	
Tu te cognes dans des obstacles simples (chambranles de porte par exemple, ...) comme si tu ne percevais pas bien l'espace autour de toi?	
Dimension perceptive	
Tu as l'impression de lire sans comprendre ce que tu lis ?	
Tu as du mal à te concentrer longtemps ?	
Quand on te parle, tu as l'impression de ne pas bien comprendre ce que tu entends?	
Quand tu lis, tu as l'impression ne pas bien voir : tu sautes des mots, tu rates des retours à la ligne, ..?	
C'est difficile pour toi d'exprimer une idée en parlant et tu as du mal à bien construire tes phrases?	
SCORE TOTAL – Inscrire la SOMME des scores des 34 questions ➡	

15 Questions complémentaires pour les PARENTS *(importantes pour ajuster le traitement)*	
Donnez un score de 1 à 5.	
L'enfant grince des dents pendant le sommeil	
Il se réveille pendant la nuit en sueurs	
Vous l'entendez ronfler bruyamment	
Douleurs au niveau des talons lors de la marche (maladie de Sever)	
Douleurs abdominales inexpliquées	
Mains froides et moites et/ou a toujours froid aux pieds	
Position anormale de la tête pour lire	
Envie de vomir en voiture (ce que l'on appelle, le mal des transports)	
Retard pour apprendre à faire du vélo.	
Se plaint d'une grande difficulté pour se concentrer dans le bruit	
Mettre une croix si le signe est présent.	
Votre enfant porte (ou a porté) un appareil d'orthodontie (appareil fixe, gouttière, …)	
On vous a dit qu'il avait une déglutition anormale	
Est-ce qu'un bilan de troubles attentionnel a été réalisé chez votre enfant?	
A-t-il eu le diagnostic de troubles attentionnels avec ou sans hyperactivité?	
A-t-il pris, à un moment de sa vie, des médicaments pour améliorer son attention (Ritaline, Quasym, Medikinet, Concerta)?	

Note : ce questionnaire ne permet pas de porter un diagnostic. Il a été établi à partir de la comparaison des signes de dysfonction proprioceptive chez 109 enfants dyslexiques et 134 enfants normo lecteurs. Il est utile pour le thérapeute. D'autres signes de dysfonction proprioceptive peuvent exister.

N'hésitez pas à signaler des signes qui vous paraitraient anormaux, ou vous inquiètent, et ne figurent pas dans ce questionnaire :

Document confidentiel protégé par le secret médical